

## クリーニング業務従事者講習受講申込書 [会場受講用]

FAX 099-222-8333

令和      年      月      日

公益財団法人 鹿児島県生活衛生営業指導センター理事長 殿

クリーニング所名 \_\_\_\_\_  
 〒 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_  
 営業者名 \_\_\_\_\_

クリーニング業務従事者講習に次の者を受講させたいので、申し込みます。

勤務先 (店名)	所在地 電話番号	受講する人の氏名、住所等	性別	受講日 受講会場	
1	取次所	〒 _____ 所在地	ふりがな _____ 氏名	男 ・ 女	月 日
	直営		〒・住所	( ) 鹿児島市 ( ) 鹿屋市	
	非直営		TEL _____		
	TEL	TEL _____			
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (      年      月ごろ)					
2	取次所	〒 _____ 所在地	ふりがな _____ 氏名	男 ・ 女	月 日
	直営		〒・住所	( ) 鹿児島市 ( ) 鹿屋市	
	非直営		TEL _____		
	TEL	TEL _____			
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (      年      月ごろ)					
3	取次所	〒 _____ 所在地	ふりがな _____ 氏名	男 ・ 女	月 日
	直営		〒・住所	( ) 鹿児島市 ( ) 鹿屋市	
	非直営		TEL _____		
	TEL	TEL _____			
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (      年      月ごろ)					
4	取次所	〒 _____ 所在地	ふりがな _____ 氏名	男 ・ 女	月 日
	直営		〒・住所	( ) 鹿児島市 ( ) 鹿屋市	
	非直営		TEL _____		
	TEL	TEL _____			
過去に業務従事者講習を受講したことがありますか。 1 無 2 有 (      年      月ごろ)					

- 注
- ・申込みはクリーニング営業者（代表者又は責任者）が行ってください。
  - ・取次所については（直営・非直営）に○印を付けてください。
  - ・性別、受講会場、過去の受講の有無に○印を付けてください。
  - ・お預かりする個人情報については、研修及び講習の目的以外には使用いたしません。